Associer une activation pré-visite du patient diabétique à une stratégie d'éducation et de formation structurée : est-ce efficace ?

Référence
Grant RW, Peterson I, McCloskey JM, et al. Diabetes deprescribing in older adults: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2025;185:926-35. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.2015

Analyse de
Ryan Tock, MSc. Infirmières
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez les patients âgés de 75 ans et plus atteints de diabète de type 2 et traités par insuline et/ou sulfonylurées, l'ajout d'une activation pré-visite du patient à une stratégie d'éducation et de formation structurée (academic detailing) destinée aux médecins de soins primaires permet-il d'augmenter la déprescription des médicaments du diabète, comparativement à une stratégie d'éducation et de formation structurée seule, sans accroître le risque d'hypoglycémie ou de perte du contrôle glycémique ?

Contexte

Chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2, le risque d'hypoglycémie lié aux traitements (insuline, sulfonylurées) est élevé et entraîne chutes, hospitalisations et déclin fonctionnel (1,2). Minerva a déjà analysé des articles scientifiques portant sur les bénéfices et risques du traitement du diabète de type 2 (3), ainsi que sur le non-suivi de l'arrêt d'un traitement chez les personnes âgées (4). En 2023, Bourdel-Marchasson et al. (5) ont rappelé que la prise en charge en soins primaires doit viser avant tout la sécurité du patient, en réévaluant régulièrement les traitements hypoglycémiants et en privilégiant la déprescription lorsque le risque dépasse le bénéfice. Ils insistent également sur l'importance d'impliquer le patient dans la décision. Dans ce contexte, il est cliniquement pertinent d'étudier si des stratégies simples - comme l'éducation du médecin ou l'activation du patient avant la consultation - peuvent faciliter la déprescription. C'est précisément le type d'intervention évalué dans l'article scientifique analysé ici par Minerva (6).

Résumé

Population étudiée

- recrutement entre septembre 2020 et mars 2024 ; recrutement via dossier médical électronique ; contact des patients ; consentement verbal ; lieu / contexte : système intégré Kaiser Permanente Northern California, soins primaires
- critères d'inclusion :
  - âge ≥ 75 ans
  - diabète de type 2
  - HbA1c ≤ 8%
  - traitement par insuline et/ou sulfonylurées
- critères d'exclusion :
  - incapacité à consentir (trouble cognitif, barrière linguistique, problème de communication)

    - soins palliatifs ou chimiothérapie active
    - exclusion demandée par le médecin traitant
    - diabète de type 1, pompe à insuline (exclusion CONSORT)
- au total, 450 patients inclus ; âge moyen de 79,9 ans (ET 4,0) ; 49,6% de femmes ; population variée (âge, origine, couverture Medicare majoritaire) ; avec comorbidités (environ 6 affections chroniques en moyenne) ; le traitement à l'inclusion comprenait : insuline : 45 à 53% ; sulfonylurées : 65 à 74% ; metformine : 54 à 62%.

Protocole d'étude

RCT avec randomisation au niveau du médecin de soins primaires

- intervention (n = 232)
    - Academic Detailing : stratégie d'éducation et de formation structurée destinée aux médecins de soins primaires
        - séances éducatives de 30 à 45 minutes, intégrées aux réunions cliniques
        - présentation des preuves concernant la déprescription de l'insuline/sulfonylurées chez les ≥75 ans
        - sessions interactives, basées sur des cas cliniques
        - les médecins pouvaient assister à 1 ou plusieurs sessions
    - activation pré-visite du patient (groupe intervention)
        - envoi d'un dépliant d'une page (recto-verso) avant la consultation
        - contenu : explication du risque/bénéfice des traitements, langage simple
        - 5 questions pour aider le patient à préparer la discussion avec son médecin
        - support envoyé par e-mail (PDF) ou par courrier papier
- comparateur (n = 218)
    - stratégie d'éducation et de formation structurée seule (sans activation pré-visite)
    - les patients du groupe contrôle recevaient un dépliant de contrôle d'attention, neutre, sur le mode de vie sain (ne mentionnant pas les médicaments)
- avec suivi à 6 et 12 mois.

Mesure des résultats

- mesure des résultats primaires
    - déprescription des médicaments du diabète à 6 mois
        - définie comme :
            - réduction de dose
            - arrêt d'un médicament
            - passage d'un médicament à haut risque vers un médicament à plus faible risque
            - ou réduction du nombre de classes thérapeutiques
        - comparaison entre : ordonnances actives à l'inclusion vs ordonnances 6 mois après
    - hypoglycémie sévère auto-rapportée
        - épisode nécessitant l'aide d'une autre personne pendant les 6 mois suivant l'inclusion dans l'étude
- mesure des résultats secondaires
    - diminution des admissions aux urgences pour hypoglycémie à 6 mois.
    - augmentation des discussions sur la gestion du diabète documentées dans le dossier médical lors de la visite index.

Résultats

- résultats primaires
    - déprescription à 6 mois
        - stratégie d'éducation et de formation structurée + activation : 15,8%
        - stratégie d'éducation et de formation structurée seule : 9,0%

        - différence de risque ajustée de +7,5% (avec IC à 95% de 1,5% à 13,6% ; p = 0,01)
    - hypoglycémie sévère auto-rapportée (6 mois)
        - stratégie d'éducation et de formation structurée + activation : 4,7%
        - stratégie d'éducation et de formation structurée seule : 6,5%
        - différence de risque ajustée de -2,3% avec IC à 95% de -7,1% à 2,5% ; p = 0,56)
- résultats secondaires (uniquement ceux avec p significatif)
    - admissions aux urgences pour hypoglycémie à 6 mois
        - moins d'admissions dans le groupe stratégie d'éducation et de formation structurée + activation : différence absolue de -1,9% avec IC à 95% de -3,8% à -0,2% ; p = non applicable)
        - p significatif (p = NA)
    - documentation clinique d'une discussion sur le diabète
        - différence de risque ajustée de 11,3% avec IC à 95% de 2,1% à 20,4% ; p = 0,02) en faveur de la stratégie d'éducation et de formation structurée + activation.

Conclusion des auteurs
Dans cet essai clinique randomisé, la stratégie d'éducation et de formation structurée (*academic detailing)* associée à l'activation pré-visite du patient constituait une stratégie simple et efficace pour augmenter la déprescription des médicaments du diabète chez les patients âgés atteints de diabète de type 2.

Financement de l'étude
L'étude a été financée par le Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) ; le financeur n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte, la gestion ou l'analyse des données, l'interprétation des résultats, la rédaction du manuscrit ni la décision de soumettre l'article pour publication.

Conflit d'intérêts des auteurs
Un auteur déclare avoir reçu des financements ou honoraires du *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases,* de *UpToDate* pour la rédaction et la révision de contenus et un soutien du *Centers for Medicare & Medicaid Services* pour la conception et l'évaluation de mesures de qualité (hors du présent travail) ; un autre auteur déclare avoir reçu des financements de Dexcom, en dehors du cadre de cette étude ; tous les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
Cette étude présente plusieurs éléments méthodologiques solides qui renforcent la validité interne. Le tirage au sort au niveau des médecins de soins primaires (design en grappes) est approprié pour éviter la contamination entre patients d'un même médecin. Le taux de pertes au suivi est faible (environ 6% à 12 mois) et équilibré entre les groupes, ce qui limite le risque de biais d'attrition. L'étude utilise des modèles statistiques adaptés (**generalized estimating equations** (GEE)) prenant en compte le regroupement des patients par médecin et ajustant pour les valeurs de base, ce qui renforce la robustesse des estimations. L'intervention destinée aux patients repose sur un matériel éducatif co-construit avec un comité consultatif de patients, ce qui améliore la lisibilité et la pertinence du contenu. Le caractère pragmatique du protocole reflète la pratique réelle, ce qui soutient la validité interne dans un contexte de soins courants. Cependant, certaines limites peuvent affecter cette validité interne. Les médecins pouvaient assister à une ou plusieurs sessions de stratégie d'éducation et de formation structurée (*academic detailing*), sans que le nombre exact par médecin ne soit rapporté, ce qui peut introduire un biais de performance si les médecins les plus engagés sont également ceux qui modifient davantage leurs

prescriptions. Par ailleurs, l'étude ne vérifie pas si les patients ont réellement consulté ou lu le dépliant d'activation pré-visite, ce qui rend l'adhésion réelle à l'intervention difficile à évaluer.

Évaluation des résultats
La population étudiée (≥75 ans, diabète de type 2 bien contrôlé et traitée par insuline ou sulfonylurées) correspond à un groupe à haut risque d'hypoglycémie, pertinent pour la pratique. Les critères de jugement (déprescription, hypoglycémie sévère, admissions aux urgences) sont cliniquement pertinents, et l'intervention patient comme l'intervention médecin sont techniquement simples et transposables dans nos soins primaires. Cependant, plusieurs éléments limitent l'extrapolation directe. D'abord, l'étude a été menée dans le système très intégré de Kaiser Permanente, caractérisé par une forte organisation et infrastructures numériques bien implantée et une adhésion élevée des patients, conditions parfois difficiles à atteindre dans notre contexte. Ensuite, l'intervention médecin (academic detailing) repose sur des réunions structurées déjà existantes dans ce système. Enfin, l'effet observé repose sur une population très stable, avec un taux de perte de suivi particulièrement faible, ce qui peut ne pas refléter la diversité et la variabilité des pratiques médicales belges. Mis à part ces limites, l'ensemble du protocole et des résultats reste solide et globalement applicable. L'étude apporte une preuve cohérente que des interventions simples peuvent favoriser la déprescription, tout en rappelant que leur impact réel dépendra fortement de l'organisation locale des soins.

Que disent les guides de pratique clinique ?
Le guide européen EuGMS/EDWPOP (Bourdel-Marchasson et al, 2023) (5) recommande une approche individualisée de la prise en charge du diabète de type 2 chez les personnes âgées, fondée sur l'état de santé global, la fragilité et les comorbidités. Il insiste sur la nécessité d'éviter la surmédicalisation et les hypoglycémies, complications particulièrement délétères dans cette population. Les auteurs précisent que les critères de dés-intensification (« de-escalation ») doivent être envisagés lorsque les risques des traitements (notamment insuline et sulfamides) dépassent les bénéfices attendus. Le guide rappelle d'adapter les cibles glycémique (HbA1c) selon le profil du patient : plus strictes chez les sujets autonomes et plus souples (≈ 7,5 à 8,5%) chez les patients fragiles ou dépendants. Il encourage la réévaluation régulière des traitements pour limiter le risque d'hypoglycémie, de chutes et de déclin fonctionnel. L'accent est mis sur une approche multidisciplinaire en soins primaires : éducation thérapeutique, activité physique adaptée, prévention nutritionnelle et surveillance cognitive et fonctionnelle.

Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée en grappes montre que, chez des patients âgés de 75 ans et plus atteints de diabète de type 2 et traités par insuline ou sulfonylurées, l'association d'une stratégie d'éducation et de formation structurée (*academic detailing)* destiné aux médecins et d'une activation pré-visite du patient augmente la déprescription des traitements à risque d'hypoglycémie par rapport à la seule stratégie d'éducation et de formation structurée (*academic detailing)*, sans majoration des épisodes d'hypoglycémie sévère. Les limites méthodologiques, comme l'absence de groupe totalement non exposé à la stratégie d'éducation et de formation structurée (*academic detailing)*, l'exposition variable des médecins et l'absence de confirmation de la lecture du dépliant par les patients, ainsi que le contexte organisationnel particulier de Kaiser Permanente, invitent à interpréter les résultats en tenant compte du contexte de l'étude. Malgré ces éléments, l'étude présente une bonne qualité méthodologique et suggère que des interventions simples pourraient soutenir la déprescription en soins primaires.

Références

1. Mathieu C, Nobels F, Peeteres G, et al. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. Good Clinical Practice. Reports 72B. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) 2006. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/d20061027307.pdf

2. Han Cho N, Colagiuri S, Distiller L, et al. Global guideline for managing older people with type 2 diabetes. International Diabetes Federation 2012.
Available from: https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-48.pdf
3. Vanhaeverbeek M. Bénéfices et risques d'un traitement médicamenteux du diabète de type 2 : résultats d'une méta-analyse en réseau. MinervaF 2024;23(9) :209-12.
Une analyse de Shi Q, Nong K, Vandvik PO, et al. Benefits and harms of drug treatments for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2023;381:e074068. DOI : 10.1136/bmj-2022-074068
4. Van Leeuwen E. Pourquoi des personnes âgées ne suivent-elles pas l'avis de leur médecin traitant quand il s'agit d'arrêter un médicament ? Minerva Analyse 1/12/2019.
Une analyse de Zechmann S, Trueb C, Valeri F, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in older, multimorbid and polypharmacy patients: an exploratory interview study. BMC Fam Pract 2019;20:64. DOI: 10.1186/s12875-019-0953-4
5. Bourdel-Marchasson I, Maggi S, Abdelhafiz A, et al; EuGMS Diabetes Interest Group and the EDWPOP. Essential steps in primary care management of older people with type 2 diabetes: executive summary. Aging Clin Exp Res 2023;35: 2279-2291. DOI: 10.1007/s40520-023-02519-3
6. Grant RW, Peterson I, McCloskey JM, et al. Diabetes deprescribing in older adults: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2025;185:926-35. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.2015